АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ МЕДИКО-БИОЛОГИЧЕСКОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ ХОРЕОГРАФИИ

УДК 796.01:612

Д. И. Шадрин, В. Ф. Лутков, Г. И. Смирнов, А. А. Корбакова

СОВРЕМЕННЫЕ ПРОБЛЕМЫ РЕАБИЛИТАЦИИ В ТАНЦЕВАЛЬНОМ СПОРТЕ

Спорт является неотъемлемой частью мировой культуры и весьма привлекательным занятием для молодёжи. Современный спорт характеризуется чрезмерными физическими, психоэмоциональными нагрузками, а также большим числом травм, особенно рецидивных, что неизбежно порождает разнообразные и всё более тяжёлые формы патологии организма спортсмена [1]. У спортсменов заболевания и травмы опорно-двигательной системы составляют от 20,3 % до 53,1 % [2, 3]. В результате полученной травмы титанический труд спортсмена обесценивается в течение нескольких минут, поэтому проблема профилактики и правильного лечения травм чрезвычайно актуальна.

В танцевальном спорте, как и в любом сложнокоординационном виде спорта, существует ряд специфических, характерных для данного вида спорта, травм и заболеваний.

На современном этапе в танцевальном спорте проявляется тенденция к увеличению амплитуды корпусных линий во всех двигательных действиях. Связано это с развитием вида спорта, с увеличением количества танцевальных пар на соревнованиях и высоким качеством исполнения.

В танцевальном спорте проводятся соревнования по двум программам: Европейской и Латиноамериканской. В соответствии с правилами соревнований, начиная с возрастной категории «Юниоры-1» и по достижению класса «С», танцорам разрешается принимать участие, как в двоеборье, так и исключительно в одной программе. Именно в таком возрасте многие спортсмены принимают решение углубиться только в одну программу, при выполнении которой возникают специфические травмы и заболевания.

Разница в технике исполнения программ заключается в постановке в пару, динамике работы спины, корпусных линиях, технике работы стоп и коленей, амплитуде движения.

Особенностью техники Европейской программы является неизменная постановка в пару с осуществлением контакта между правыми сторонами партнеров. Для партнерш специфична большая амплитуда верхней части корпуса (от диафрагмы и выше). Важной особенностью является некоторое смещение центра тяжести обоих партнеров над плюсневыми костями ступней для поддержания

Вестник_5(46)2016_Текст.indd 116 09.02.2017 13:54:34

неподвижного соединения между партнерами и баланса. Во всех вращательных фигурах пара должна сохранять общий центр тяжести точно между партнерами. На протяжении всех танцев программы положение рук партнеров статично.

Для техники латиноамериканской программы характерны динамические нагрузки и высокая подвижность в области спины, тазобедренного сустава, плечевого сустава, сложнокоординированная работа рук, большое количество вращательных фигур (исполняемых как в паре, так и по одному). Также в латиноамериканской программе преобладают фигуры, которые исполняются на некотором расстоянии между партнерами.

Для каждого из 10 танцев обеих программ существуют конкретные специфические признаки. Для самбы характерен «баунс»–пружинящие движения в коленях; для медленного вальса и фокстрота — большая амплитуда работы стоп; для квикстепа и джайва — преобладание прыжковых движений, необходимость амортизации в голеностопном суставе. Джайв отличается высоким подниманием бедра, очень точными киками. Танго исполняется исключительно на полусогнутых коленях, что приводит к большой перегрузке коленных суставов. В нем также присутствуют резкие смены направления в корпусе, очень короткие, резкиеи точные синкопированные действия головой и шеей из стороны в сторону. Ча-ча-ча и румба «специализируются» на максимальной подвижности и проработке тазобедренного сустава и всей спины. Для самбы, ча-ча-ча и румбы намеренно увеличивают лордоз в поясничном отделе и этом положении используют ротацию в корпусе.

Федеральный стандарт спортивной подготовки по виду спорта танцевальный спорт требует проведения подготовки и реабилитационных мероприятий спортсменов под строгим медицинским контролем [4].

Кафедрой теории и методики гимнастики совместно с кафедрой спортивной медицины и технологий здоровья Национального государственного университета им. П. Ф. Лесгафта (далее — НГУ им. П. Ф. Лесгафта) было проведено анкетирование спортсменов танцевального спорта с целью определения уровня и оценки состояния организации систематического медицинского контроля и реабилитационных мероприятий в танцевальном спорте. Перечень вопросов анкеты представлен далее в табл. 1.

В анкетировании принимали участие профессиональные спортсмены высокой квалификации, студенты и магистранты НГУ им. П. Ф. Лесгафта: всего 47 респондентов (7 — мастеров спорта международного класса, 15 — мастеров спорта, 10 — кандидатов в мастера спорта, 5 — спортсменов 1 разряда).

В результате обработки анкет были получены следующие данные:

1. На вопрос о продолжительности занятий избранным видом спорта 55 % респондентов выбрали в качестве ответа максимально возможный показатель «более 10 лет»; 22 % — «5–10 лет» и 17 % — «менее 5 лет».

2. Подавляющее большинство спортсменов (78 %) подтвердило отсутствие диспансеризации по ИВС. 22 % респондентов имели возможность пройти диспансеризацию по месту жительства. Лишь 2 % опрошенных проходили диспансеризацию в специализированных физкультурных диспансерах.

Таблица 1

Анкетный опрос
по медицинскому контролю и реабилитации
спортсменов танцевального спорта

№	Вопрос	Ответ		
		А	Б	В
1	Занимаюсь избранным видом спорта	1–5 лет	5–10 лет	более 10 лет
2	Диспансеризация по избранному виду спорта проводится	не проводится	предлагают провести по месту жительства	в физкультурных диспансерах
3	Травмы опорно-двигательного аппарата случались в процессе тренировки (соревнований)	ушибы, растяжения мягких тканей	надрывы и разрывы связок, менисков, повреждение суставов	переломы костей
4	Лечение при травмах опорно-двигательного аппарата проводилось	самостоятельно	по месту жительства	в специализированных лечебных учреждениях
5	Длительность лечения при травмах длилась	1–1,5 мес.	2–5 мес.	более 6 мес.
6	Лечебные процедуры проводились	в лечебных учреждениях	в лечебных учреждениях и дома	дома
7	Реабилитационный процесс состоял из:	фармакологических средств (уколы, таблетки и др.)	ЛФК, массаж, водные процедуры и др. физиотерапевтические средства	ничего не использовалось
8	К тренировочным занятиям после травм приступал	требовалось восстановление-более 1 мес. для выполнения требуемой физической нагрузки	требовалось восстановление-менее 1 мес. для выполнения требуемой физической нагрузки	со всей группой выполнял требуемую физическую нагрузку
9	Знаю спортсменов в избранном виде спорта, у которых была травма и они	восстановились и приступили к тренировкам и соревнованиям	восстановились, но прекратили тренироваться и выступать	получили инвалидность
10	Информация о лечении и профилактике в избранном виде спорта	да (пособия, рекомендации и т. д.)	нет, не нужна	не знаю

Вестник_5(46)2016_Текст.indd 118 09.02.2017 13:54:35

3. В большинстве случаев (46 %) в спортивной или тренировочной практике спортсмены получали ушибы и растяжения; 44 % — травмы связок и повреждения менисков; 30 % имели переломы костей.

4. Лечение травмированного опорно-двигательного аппарата 68 % респондентов проводили самостоятельно, 39 % — в медицинских учреждениях, расположенных по месту жительства и 30 % — в специализированных лечебных заведениях.

5. 29 % респондентов нуждались в длительном (более 6 мес.) лечении. 12 % были вынуждены проводить лечение от 2 до 5 мес. Более половины опрашиваемых проходили курс восстановления от одного до полутора месяцев.

6. 51 % опрошенных проводили лечебные процедуры в домашних условиях и в лечебных учреждениях. 16 % респондентов– только в лечебных учреждениях. 31 % — исключительно дома.

7. В большинстве случаев (53 %) реабилитационный процесс состоял из ЛФК, массажа и физиотерапии. 40 % респондентов прибегали к фармакологическим средствам. 34 % — не применялиникаких средств реабилитации.

8. В большинстве случаев спортсмены отказывалось от лечения для продолжения тренировочного процесса. 67 % опрошенных заявили, что, несмотря на травмы и заболевания, выполняли нагрузку в одном режиме со всей группой. 18 % были вынуждены восстанавливаться около 1 мес. 15 % респондентов потребовалось длительное (более 6 мес.) лечение.

9. 54 % респондентов отметили, что им знакомы случаи «возвращения в спорт» после восстановления от полученных травм опорно-двигательного аппарата. Однако 40 % опрошенных отметили, что даже после полного восстановления, их коллеги были вынуждены оставить танцевальный спорт. При этом были также зафиксированы случаи получения инвалидности спортсменами (6 %).

10. Большинство (96 %) опрошенных подтвердили необходимость ведения информационно-просветительской деятельности (в форме выпуска пособий и рекомендаций) с целью профилактики травматизма в избранном виде танцевального спорта. 2 % сообщили, что придерживаются диаметрально противоположного мнения. И ещё 1 респондент (2 %) высказал сомнение в необходимости таких пособий.

Таким образом, на появление и развитие профессиональных заболеваний в танцевальном спорте оказывают влияние:

– специфика техники исполнения двигательных действий в танцах;

– недостатки построения (нарушения структуры занятий) учебно-тренировочного процесса;

– отсутствие целенаправленного врачебно-педагогического контроля в действующей системе подготовки спортсменов;

– отсутствие рекомендаций по дальнейшему восстановлению в случае развития профессиональных заболеваний;

– лечение и реабилитация спортсменов танцевального спорта в учреждениях общего профиля;

– боязнь потери времени и снижения уровня квалификации в период реабилитации спортсменов в лечебных заведениях общего профиля. (По этой причине более 40 % спортсменов после травм прекращают занятия спортом и, в отдельных случаях, получают инвалидность).

На основании полученных данных можно сделать вывод, в настоящее время в Санкт-Петербурге недостаточно хорошо организован систематический медицинский контроль за спортсменами танцевального спорта, и их реабилитацией в случае возникновении травм.

Необходимо:

– корректировать и совершенствовать технику исполнения двигательных действий спортсменов танцевального спорта;

– соблюдать требования Федерального стандарта спортивной подготовки по виду спорта танцевальный спорт в части организации систематического медицинского контроля, сохранения здоровья и спортивного долголетия спортсменов танцевального спорта, путем организации всех этапов медицинской реабилитации, включаяэтапы спортивной реабилитации и спортивной тренировки;

– разработать рекомендации для этапов спортивной реабилитации и спортивной тренировки для спортсменов танцевального спорта.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Насонкин О. С.* Спортивная болезнь как актуальная проблема спортивной медицины 21-го века. // Спортивная медицина — XXI век: сб. матер.науч. конф., посв. 70-летию каф. спорт.медицины СПб ГАФК им. П. Ф. Лесгафта. СПб.: СПб ГАФК, 2002. с. 87–90.
2. *Граевская Н. Д., Долматова Т. И.* Спортивная медицина: курс лекций и практических занятий: учеб.пособие: в 2 ч. М.: Советский спорт, 2004.Ч. I. 304 с.
3. *Макарова Г. А.* Спортивная медицина: учебник. М.: Советский спорт, 2003. 480 с.
4. Об утверждении Федерального стандарта спортивной подготовки по виду спорта танцевальный спорт [Электронный ресурс] // Приказ Министерства спорта Российской Федерации от 26.12.2014. № 1077. URL: http://www.rusdsu.ru/upload/iblock/ed1/ed11d542e25a25249bbae002db0dafa6.pdf (дата обращения: 30.09.2016).